

Formulaciones Clínicas en Psicoterapia*

Clinical Formulations in Psychotherapy

Luis Antonio González Bravo
Universidad San Sebastián, Chile

(Rec: 7 enero 2008 Acep: 29 diciembre 2008)

Resumen

El presente artículo hace una reseña del concepto de formulaciones clínicas o formulaciones de caso para su uso por parte de psicólogos, terapeutas jóvenes y alumnos de psicología. Se analizan sus componentes, su estructura básica, sus aplicaciones a la psicoterapia, sus limitaciones y precauciones para el (la) terapeuta, con un énfasis en la integración en psicoterapia.

Palabras Clave: Formulación de caso, formulación clínicas

Abstract

The present article makes a revision of the concept of clinical formulations or case formulations, for its use by psychologists, young therapists and psychology students. Its components, basic structure, applications in psychotherapy, limitations and therapist precautions are discussed.

Key Words: case formulation, clinical formulation

Introducción

En los procesos de psicoterapia se necesita identificar los problemas principales de un cliente y comprender los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de aquellos problemas, así como la relación que esos factores tienen en la vida del paciente (Sim, Gwee & Bateman, 2005).

En este contexto, una formulación clínica es esencialmente una hipótesis acerca de las causas, precipitantes e influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona (Eells, 1997).

La formulación de un caso (o conceptualización de caso o formulación explicativa) es un modelo de los mecanismos que causan, controlan o mantienen los problemas psicológicos de un paciente particular. La formulación de un caso indagado es vital en terapia porque la selección de un tratamiento apropiado exige un conocimiento de lo que está causando o manteniendo los problemas del paciente. En otras palabras, la planificación de un tratamiento se basa directamente en la formulación de un caso (Morris, 2003).

Otras definiciones señaladas en la literatura son aquellas dadas por Sperry, Gudeman, Blackwell y Faulkner (2000),

quienes la conciben como un proceso de vincular un grupo de datos e información para definir un patrón coherente y así ayudar a establecer el diagnóstico, facilitar la explicación y preparar al clínico para el trabajo terapéutico y la intervención. Wolpe y Turkat (1985) la definen como una hipótesis que relaciona todos los componentes presentes, explica por qué esas dificultades se han desarrollado, y provee predicciones acerca de la condición del paciente (cit. en Sim, Gwee & Bateman, 2005).

Sperry (1989) la define como un breve enunciado por escrito, que resume de forma integrativa, y que combina significativamente los datos relevantes acerca del patrón de un individuo, en torno a su funcionamiento actual y psicopatología. Es indispensable para la planificación del tratamiento y la negociación de las intervenciones.

En pocas palabras, la formulación clínica es un mapa que orienta al terapeuta en la comprensión e intervención sobre el caso, y permite llenar el vacío que existe entre diagnóstico y tratamiento. Puede ser vista además como un vínculo en la intersección de la etiología y la descripción, la teoría y la práctica, y la ciencia y el arte (Sim, Gwee & Bateman, 2005).

Existe una variedad de métodos sistemáticos para la construcción de la formulación de un caso. Cada uno de estos métodos se basa en una teoría guía que muestra cómo usar los conceptos y principios de dicha teoría para la elaboración de las formulaciones de un caso a partir de la información clínica.

* Correspondencia a: Cruz 1577, tercer piso. Concepción, Chile. e-mail: lgonzale@uss.cl

En términos generales, una formulación de caso en psicoterapia también incluye información descriptiva en la cual está basada la hipótesis explicativa y recomendaciones prescriptivas que se derivan de ella. La información descriptiva se centra en hechos que proveen una fuente de información precisa, pero que sin embargo nunca puede estar completamente libre de la percepción desde un marco teórico particular. El componente prescriptivo se deriva de estas descripciones y propone un plan de tratamiento (Eells, 1997).

Una buena formulación clínica tiene beneficios integrativos, en la medida que resume aspectos relevantes de un caso en torno a ideas centrales; explicativos, en la medida que provee insight en torno a los aspectos intrapersonales e interpersonales del problema, así como también en cuanto a la evolución del problema; prescriptiva, en la medida que facilita el diseño de metas adecuadas, puntos de intervención, modalidades y estrategias; predictiva, en la medida que provee una línea base con la cual ir comparando los avances, a la luz de la identificación de facilitadores y obstaculizadores del proceso y, finalmente, es también una guía para la relación terapéutica, al facilitarle al terapeuta la comprensión más profunda de la relación terapéutica, identificar las dificultades de la relación, y finalmente facilitar la empatía con el (la) paciente acerca de la verdadera naturaleza de sus problemas (Sim, Gwee & Bateman, 2005).

La existencia de una formulación le permite al terapeuta focalizarse en un factor cuya mejoría podría tener el impacto más significativo en el problema o problemas centrales de un cliente (Bergner, 2003). Las formulaciones clínicas son fundamentales para proveer tratamientos efectivos, y la capacidad para conceptualizar y escribir sucintamente formulaciones de caso es considerada básica en la práctica clínica cotidiana. No sólo es una herramienta conceptual y clínica, sino que tiene un gran potencial como herramienta de investigación acerca de la efectividad de la psicoterapia (Sim, Gwee & Bateman, 2005).

El contenido y estructura de una formulación de caso está inextricablemente unida, en forma implícita o explícita, a las visiones de mundo del terapeuta acerca de la etiología de los problemas emocionales, al debate acerca de las enfermedades mentales y a las asunciones acerca de lo que es normal y anormal en el funcionamiento psicológico de alguien (Eells, 1997).

Hasta la primera mitad de la década de los ochenta se había desarrollado poca investigación acerca de las habilidades para formular en los clínicos. Una temprana excepción a esta situación es la investigación de Seitz, quien comprobó la escasa concordancia en formulaciones psicoanalíticas realizadas por los distintos miembros de un equipo de trabajo (Seitz, 1996, cit. en Eells, 1997).

Esto pude relacionarse con lo que habían señalado Ben-Aron y McCormick (1980), quienes después de revisar centros de entrenamiento clínico en Canadá, Estados Unidos y el Reino

Unido, encontraron que sólo un 31% de los centros evaluados tenían referencias en el tema, demostrando una tendencia que a menudo se ha observado, en torno a subestimar la importancia de las formulaciones clínicas. Esto puede deberse a algunos mitos que hay con respecto a las formulaciones, tales como que solamente los casos de largo tratamiento requieren formulaciones clínicas, que las formulaciones clínicas consumen mucho tiempo, que no hay necesidad de redactar formulaciones por escrito o que las formulaciones clínicas pueden desviar el foco del terapeuta de las comunicaciones actuales del paciente (Sim, Gwee & Bateman, 2005).

Este escenario fue volviéndose paulatinamente más optimista desde el año 1985. Existen en la literatura hoy más de 15 esquemas diferentes para formulaciones de caso desde distintas corrientes, entre muchas otras, el Core Conflictual Relationship Theme (tema conflictivo nuclear en la relación), el método de formulación de caso, el patrón Maladaptativo Cíclico, el psicodinámico, el cognitivo conductual, etc (Eells, 1997).

A comienzos de los '90, Fleming y Patterson (1993) indicaban que no existía un consenso acerca qué elementos debía incluir una formulación clínica o de caso. Hoy esta situación también ha cambiado, en la medida que se han desarrollado y se siguen desarrollando investigaciones y métodos sistemáticos para elaborar formulaciones de casos (Eells, 2001).

Dicho de otra forma, a pesar de que existen algunas sutiles diferencias entre estas propuestas, parecieran conservar algunos elementos comunes: se focalizan en las interacciones de la relación registradas en sesión, identifican conflictos relacionales centrales basados en la frecuencia en que esos patrones son mostrados en terapia, descansan en el juicio clínico y no solamente en el autoreporte del paciente y por último, incluyen procedimientos que permiten medir el acuerdo interjueces acerca del mecanismo psíquico subyacente inferido. Otros tres aspectos pueden ser destacados: primero, enfatizan niveles de inferencia que permanecen cercanos a los enunciados observables o conductas de un paciente. Segundo, la meta de conseguir una formulación comprensiva es enfrentada a través de la separación de la formulación en componentes, cada uno de los cuales puede ser evaluado en su consistencia. Tercero, una tendencia hacia la integración en psicoterapia impregna muchos de los métodos y conceptos señalados en las formulaciones (Eells, 1997).

Las formulaciones de casos son una herramienta científica que ayuda a aumentar la congruencia entre la hipótesis explicativa, métodos e intervenciones, en el entendido que una incongruencia en este sentido pueden provocar efectos negativos importantes en la psicoterapia (Eells, 1997).

La investigación y generación de apoyo teórico y empírico en esta área podría proveer a los clínicos de una retroalimentación acerca de su trabajo y contribuir a generar entrenamientos clínicos más específicos.

La formulación clínica es una intersección de diagnóstico, tratamiento, teoría, práctica, descripción, etiología. De este modo, los problemas psicológicos y los objetivos del tratamiento se pueden describir en términos de sus componentes conductuales, afectivos, relacionales, para desde ahí articular las decisiones que guiarán la intervención.

Componentes de una formulación de caso.

Mientras más complejo es un método de formulación de caso, más difícil es demostrar su confiabilidad y validez ya que debe saber conservar un balance entre complejidad y simplicidad. Una formulación de un caso es fundamentalmente un enunciado acerca de las circunstancias vitales, necesidades, deseos, metas, puntos ciegos, temores, pensamientos, y así sucesivamente, de un individuo. En términos generales, se plantea que una formulación debe guardar un adecuado balance entre la singularidad del individuo y la generalidad de algunos enunciados teóricos y una actitud de humildad, al no tratar de forzar un caso al modelo (Eells, 1997).

La mayoría de las formulaciones clínicas consideran los problemas psicológicos, las características personales disfuncionales y los orígenes de estas características personales (Morris, 2003), o dicho de otra manera (1) Una lista de problemas psicológicos, (Bergner, 2003) (2) las características personales disfuncionales que hipotéticamente provocan o mantienen los problemas, (3) el proceso hipotetizado que explica de qué manera las características personales disfuncionales provocan los problemas, y (4) el origen de las características personales disfuncionales.

A su vez, la mayoría de las formulaciones comparte tres supuestos básicos:

- 1) Enfatizan el nivel de inferencia que puede ser fácilmente sostenido por las afirmaciones del paciente
- 2) La información que contienen está basada más que en los reportes del paciente, en el juicio clínico
- 3) La formulación de casos está compartimentalizada en componentes pre-definidos que son completados individualmente en el proceso de formulación y entonces incorporados en una formulación comprensiva.

Morris (2003) plantea como elementos para la formulación de un caso:

1. Identificar los problemas psicológicos específicos del paciente.
2. Desarrollar las hipótesis acerca de las características personales disfuncionales de los pacientes.
3. Desarrollar un modelo de trabajo, describiendo el proceso por medio del cual estas características personales disfuncionales dan origen a los problemas psicológicos de los pacientes. Al responder esta pregunta, el (la) terapeuta describe cómo las características personales disfuncionales del paciente producen los problemas.

El informe de este proceso, basado en una teoría, articula la manera en que los elementos estresantes activan las características de la personalidad (es decir, diátesis) para producir los problemas psicológicos. El *mecanismo psicológico subyacente* se compone de las características de la personalidad hipotetizadas (construcciones) junto con su proceso hipotetizado (en la forma de una red nomológica) que explica de qué manera estas características derivan en problemas psicológicos. Las teorías de la etiología de la psicopatología son fuentes fructíferas para desarrollar teorías del proceso del cambio clínico

4. Identificar el origen de las características personales disfuncionales del paciente. Este informe especulativo es la aplicación de una teoría escogida para la vida del paciente y proporciona un informe histórico del desarrollo de las características de la personalidad disfuncional del paciente con énfasis en los incidentes que involucran los primeros cuidados.

5. Negociar los objetivos del tratamiento (resultados finales).

6. Especificar las características personales revisadas (resultados instrumentales).

7. Seleccionar las intervenciones.

Se debe señalar que se ha avanzado en la selección de estos contenidos mínimos. Un excelente ejemplo es el método de codificación de Contenido de la Formulación de Caso (CFCCM), que provee una herramienta para replicar y categorizar comprensivamente la información que un clínico usa al conceptualizar un paciente, y que ha mostrado tener buena confiabilidad (Kappa=0.86).

Este incluye:

- 1) Síntomas y problemas
- 2) Estresores precipitantes o eventos
- 3) Eventos de vida predisponentes o estresantes
- 4) Un mecanismo que ligue las categorías precedentes y ofrezca una explicación de los precipitantes e influencias mantenedoras de los problemas del individuo (Eells, Kendjelic & Lucas, 1998).

En cualquiera de los casos anteriores, la identificación del mecanismo central dice relación con la identificación de un patrón, que constituye el corazón de las dificultades del cliente. Es una suerte de sendero común que condensa los problemas de éste en distintas situaciones.

La identificación de estos patrones comunes debe claramente especificar no sólo cómo se generaron los estados disfuncionales, sino cómo se mantienen, de tal forma que sea una visión que permita generar intervenciones terapéuticas efectivas. Es respetar precisamente esta condición, la principal ventaja de la formulación clínica, por sobre el mero diagnóstico mutiaxial (Bergner, 2003).

En el contexto de la psicología clínica, lo ideal es generar formulaciones clínicas o explicaciones que permitan implementar planes de tratamiento ajustados al paciente. La

formulación clínica “proporciona un análisis que transforma el diagnóstico, de un conjunto de códigos a una pieza más rica de información descriptiva acerca de la historia personal del cliente. Esta información descriptiva ayuda al clínico a diseñar un plan de tratamiento que atienda los síntomas del cliente, las experiencias únicas pasadas y el potencial futuro de crecimiento” (Halgin & Krauss, 2003).

Elementos de las corrientes tradicionales en psicología a incluir en las formulaciones de caso.

Las teorías de la psicoterapia postulan que las características particulares de los individuos provocan problemas psicológicos o condiciones psicopatológicas. Estas características personales en las teorías son construcciones de la personalidad central. Además de identificar las características personales que crean los problemas, las teorías proporcionan una descripción de cómo estas características producen los problemas psicológicos.

Para analizar brevemente cómo algunas teorías conciben a estos mecanismos subyacentes, se revisará el caso del psicoanálisis tradicional, de la terapia cognitiva y de la terapia familiar sistémica (aquella basada aún en la cibernética de primer orden). Se agregan, además, algunas observaciones acerca de la terapia rogeriana.

Formulaciones Clínicas en el enfoque psicoanalítico

El psicoanálisis tiene al menos tres grandes contribuciones para la elaboración de formulaciones clínicas. Primero, Freud y sus sucesores desarrollaron modelos de la personalidad y psicopatología que marcaron significativamente la experiencia y la conducta normal y anormal. Una segunda contribución es su visión de la entrevista, ya no solamente orientada a la identificación de síntomas. Un tercer aporte es su énfasis en el estudio de caso. Es interesante hacer notar que el psicoanálisis no ha incorporado el diagnóstico en sus formulaciones clínicas. Esto se arrastra desde los primeros trabajos de Freud hasta nuestros días. En general, los psicoanalistas han sido criticados por aplicar formulaciones generales de caso a los pacientes y tratar de hacerlos calzar con ellas (Eells, 1997).

Según el psicoanálisis, el origen de los problemas psicológicos está constituido por las experiencias de la primera infancia que provocan las fijaciones, las cuales dejan vulnerables a los adultos a la regresión de un estado mental que incita a la neurosis de la infancia. Este estado mental se compone de los conflictos inconscientes que involucran las defensas contra las ideas intolerables (deseos ocultos). Las ideas intolerables incitan la ansiedad que, a su vez, pone las defensas en movimiento. Los conflictos inconscientes son las características personales disfuncionales que están en la raíz de los problemas psicológicos de los neuróticos (es decir, los síntomas). Las defensas del ego contra las ideas

intolerables se manifiestan en síntomas que simbolizan al conflicto inconsciente. Considerando el ritual Freudiano, las intervenciones del analista, especialmente la interpretación, promueven el insight y una anulación del conflicto inconsciente. El insight – volver consciente al inconsciente – conduce al alivio del síntoma así como también a la reorganización de la personalidad (Morris, 2003).

El psicoanálisis tiene una larga tradición durante el siglo pasado, que se ha enriquecido con aportes desde distintas orientaciones, que sería imposible resumir aquí. En medio de estas distintas tradiciones, Perry et al (1987, cit. en Sim, Gwee & Bateman, 2005) proponen un esquema de formulación psicoanalítica que incluye un resumen, una descripción de los factores no dinámicos, descripción de los elementos psicodinámicos centrales usando la psicología del Ego, las relaciones objetales y el modelo de la psicología del Self, y finalmente una evaluación del pronóstico.

En esta línea, Messer y Wolitzky (1997) señalan que al menos en Estados Unidos de Norteamérica existen tres grandes tendencias influyentes en forma destacada: el enfoque freudiano tradicional, la teoría de las relaciones objetales y la psicología del self. Estos autores, partiendo del supuesto de que la formulación clínica es una estructura narrativa más que una aseveración de una realidad, plantean una estructura y componentes básicos para la formulación psicoanalítica:

1) Aspectos estructurales de la personalidad, que alude a aquellos aspectos relativamente estables y permanentes. Estos pueden ser descompuestos en:

a) Funciones autónomas del ego. Incluye disrupciones biológicas, perceptuales, motoras, etc. Aquí es muy importante el juicio de realidad.

b) Afectos, impulsos y defensas. Esto se refiere a las formas características que tiene la persona de experimentar los impulsos y los sentimientos que los contienen. Aquí se incluyen los mecanismos de defensa.

c) Funciones relacionadas con los objetos. Esto se refiere a los modelos básicos de la persona para relacionarse con los otros, incluyendo sus representaciones internas del self, del otro, y de la relación entre el self y el otro.

d) Funciones relacionadas con el self. Alude a la habilidad de la persona para mantener coherencia, estabilidad y una evaluación positiva del self.

2) Aspectos dinámicos de la personalidad. Examina los contenidos específicos del funcionamiento psicológico. Explora en profundidad los temas con que se relacionan los deseos, instintos, necesidades, temores, del paciente, y sus correspondientes conflictos, significados, motivaciones.

3) Antecedentes evolutivos. Se incluyen aquí los antecedentes de la vida del paciente que dan cuenta de cómo éste ha ido enfrentando las diferentes etapas del desarrollo con sus respectivas crisis en la familia, la escuela, el cuerpo,

la sexualidad, la autonomía, focalizándose principalmente en la infancia y la adolescencia.

4) Aspectos adaptativos: fortalezas y debilidades. Este apartado recupera los puntos fuertes del funcionamiento del paciente, que permitirán hacer un pronóstico acerca de su adaptación y desenvolvimiento futuro, tanto en la terapia como fuera de ella.

Cabe destacar que estos autores acompañan esta descripción con ejemplificaciones, un modelo de entrevista y consideraciones para la investigación que vuelven muy significativa su sistematización. Finalmente, otra completa sistematización del diagnóstico psicodinámico y la formulación explicativa (formulación de caso psicodinámica) que complementa lo dicho en esta sección, se encuentra en Gabbard (2006).

Formulaciones clínicas en el enfoque cognitivo.

Revisar las formulaciones clínicas en el enfoque cognitivo invita a una breve reflexión acerca de la tradición en el análisis funcional de la conducta. A pesar de todas las discrepancias y divergencias que existen con respecto a los elementos que éste debe incluir, en él encontramos una de las primeras aproximaciones sistemática a la formulación de caso como un momento explicativo de la conducta.

Supera al análisis funcional skinneriano al reconocer autopercepciones del sujeto, sin por ello dejar de restarle preeminencia al ambiente en la determinación de la conducta observable. Supera al inductivismo acérrimo, al aceptar una mirada idiográfica sobre el sujeto que rescate su individualidad. Supera a una mirada sincrónica en el momento puramente presente, aceptando una mirada diacrónica acerca de las condiciones históricas que gatillaron la emergencia de la conducta.

El análisis funcional de la conducta propone la generación de hipótesis explicativas para la conducta problemática actual, reconociendo sus antecedentes históricos y elementos ambientales presentes. Estas hipótesis son contrastadas y revisadas, y buscan ser una guía para la intervención (Fernández-Ballesteros, 1994). No obstante lo anterior, desde la perspectiva del conductismo radical no es bien vista la inclusión “innecesaria” de variables mediacionales intrapsíquicas (Perez, 1996), lo cual provoca una discontinuidad entre la tradición del análisis funcional de la conducta y las formulaciones clínicas desde el enfoque cognitivo.

En una serie de influyentes volúmenes, Beck y sus colegas han precisado varias formulaciones generales acerca de las causas, precipitantes e influencias mantenedoras en la depresión (Eells, 1997). Los errores de pensamiento de los depresivos son descritos en términos de inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización y pensamiento dicotómico. En contraste, las de los individuos ansiosos tienden a centrarse en los factores de vulnerabilidad (Eells, 1997).

La terapia cognitiva enfatiza el rol del pensamiento disfuncional en los trastornos psicológicos. Presumiblemente, si el pensamiento está torcido, entonces también los sentimientos y acciones. El tratamiento proporciona un alivio sintomático cuando corrige el pensamiento disfuncional.

Las creencias irracionales tienen la calidad de exigencias, insistiendo mágicamente que el universo sería, debería o tendría que ser como las personas desean que sea. Un ejemplo claro es la idea que postula: “DEBO ser aprobado o aceptado por las personas que considero importantes”. Esta idea puede conducir a la ansiedad o a la depresión. La fórmula ABC de Ellis explica cómo las creencias irracionales conducen a problemas psicológicos. De acuerdo a esta fórmula, en las alteraciones emocionales los acontecimientos activadores siempre son interpretados en términos de creencias irracionales “exigentes”, lo que inevitablemente produce consecuencias disfuncionales (trastornos emocionales y conducta auto-destructiva) (Morris, 2003; Engler, 1988; Ellis, 1988).

Persons y Tompkins (1997) proponen una serie de siete elementos que formarían parte de la formulación cognitivo conductual:

1) La lista de problemas. Es una exhaustiva lista de las dificultades del paciente, expresados en términos concretos, simples y descriptivos.

2) Creencias centrales. Aquí, el (la) terapeuta ofrece hipótesis acerca de la visión que tiene el (la) paciente acerca del self, de otros y del mundo y que contribuye a mantener los problemas del paciente.

3) Precipitantes y situaciones activantes. Se especifican eventos externos y situaciones que activan creencias centrales que producen síntomas y problemas o que sirven como estímulo reforzadores en un análisis funcional.

4) Hipótesis de trabajo. Es el núcleo de la formulación, donde el (la) terapeuta “relata una historia” que vincula los problemas señalados en la lista de problemas, las creencias centrales y los eventos activantes y situaciones.

5) Orígenes. El (la) terapeuta describe uno o pocos incidentes o circunstancias de la historia temprana del paciente, que explican cómo el (la) paciente podría haber aprendido las creencias ya identificadas.

6) El plan de tratamiento. En esta sección se señalan las metas e intervenciones derivadas de los puntos anteriores ya mencionados, con los cuales guardan una relación directa.

7) Obstáculos predichos para el tratamiento.

Eventualmente, estos componentes podrían aplicarse a (o modificarse desde) teorías y aportes como los de Kelly, Mahoney, Guidano, etc (Mahoney & Freeman, 1988). Una fortaleza principal del enfoque cognitivo conductual es su abierto compromiso con la comprobación empírica de sus postulados. Esto también está presente en lo que concierne a la formulación clínica. Por ejemplo, Persons, Money y

Padesky (1995) investigaron el grado de acuerdo existente entre 46 clínicos entrenados, en el reconocimiento de una lista de problemas psicológicos, y de los mecanismos cognitivos subyacentes a ellos. Si bien la mayoría de los clínicos identificaron de forma exitosa la mayoría de los problemas, un tercio de ellos no visualizó un problema de empleo como tal, mientras que un cuarto no logró ver un problema asociado a una pérdida/duelo. En cuanto a la consistencia (coeficientes de correlación intraclase) en la identificación de los mecanismos cognitivos subyacentes, ésta aumentó significativamente al trabajar sobre los juicios de 5 clínicos más que sobre el de uno aislado.

Formulaciones clínicas en la terapia familiar sistémica.

Como se sabe, la terapia familiar sistémica se ha consolidado desde la década del 50 como una influyente y reconocida corriente en el ámbito de la psicoterapia.

Desde los primeros trabajos de precursores como Bateson, Watzlawick, Minuchin, Bowen, Ackerman, Boyszormenyi-Nagy y muchos otros, hasta los enfoques más narrativos, existe una multiplicidad de escuelas diferentes que bajo el denominador común de la mirada interaccional sobre los fenómenos familiares, difieren en posturas epistemológicas, técnicas, estrategias, etc (Ochoa de Alda, 1995).

En términos generales, se coincide en destacar dos grandes momentos históricos en lo que concierne a la Cibernética, uno de los tres grandes pilares de la Terapia Familiar Sistémica junto la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la Comunicación: la Cibernética de primer orden y la Cibernética de segundo orden (Sarquis, 1993; DeMicheli, 1995).

Aún cuando no es mi intención detallar cada uno de los elementos que caracterizan a este enfoque riquísimo, para los fines de este artículo se mencionarán algunos elementos que podrían ser incluidos en una formulación de caso en términos de Ciclo Vital, en términos estructurales y en términos interaccionales.

El Ciclo Vital Familiar, también llamado modelo de Duvall, conceptualiza etapas en las cuales la familia va avanzando y tareas de desarrollo que la familia debe ir resolviendo. Existirían Crisis Normativas (crisis transicionales), que corresponden a la evolución "normal" de una familia y Crisis no Normativas. Así, por ejemplo, Clemencia Sarquis y Sonia Rodhes señalan en sus conceptualizaciones las diferentes crisis y tareas que debería enfrentar una familia.

Existen en psicología modelos de continuidad evolutiva tales como el propuesto por Skinner y modelos donde el desarrollo se plantea de manera discontinua, con etapas cualitativamente distintas (Freud, Erikson). El modelo del Ciclo Vital Familiar también plantea etapas, las cuales se derivan fuertemente de la teoría de Erikson (Sarquis, 1993).

En cada etapa hay tareas de desarrollo; el ir resolviendo adecuadamente estas tareas es necesario para que la familia se desarrolle y no se estanque. Las tareas propias de cada etapa son construidas desde distintos niveles, en una interacción biológica, cultural, familiar, las cuales van constituyendo cada etapa (Sarquis, 1993; Rhodes, 1983).

Se distinguen 2 tipos de Crisis. En primer lugar, las crisis normativas, que son de índole transicional. Son las crisis esperadas, que acompañan el desarrollo normal de una familia. Toda familia las tiene que enfrentar a lo largo del proceso de envejecimiento de sus miembros, y tiene un fuerte componente cultural (Ej. el matrimonio). En segundo, las crisis no normativas o accidentales. Son inesperadas, no anticipadas y afectan y exigen a una familia recursos y capacidad de adaptación, por ejemplo, la cesantía.

Distinguir las diferentes demandas que cada etapa implica, a menudo, que las etapas reciban diferentes nombres. Por ejemplo, Rodhes (1983) enumera las etapas de Intimidad v/s Idealización o desilusión, Reabastecimiento v/s reabsorción, Individualización v/s organización Pseudomutua, Compañerismo v/s aislamiento, Reagrupación v/s atadura o expulsión, Redescubrimiento v/s desesperación, Ayuda mutua v/s inutilidad. Sarquis (1993), por su parte, enumera dentro de las etapas Galanteo y elección, Matrimonio y consolidación, Pareja sin hijos, Llegada de los hijos, Comienzo de la escolaridad, Período intermedio del matrimonio, Cuando los hijos se van y La vejez, último tiempo compartido.

La típica formulación en términos del ciclo vital, evalúa en qué etapa de este ciclo se encuentra la familia, qué tareas del desarrollo está enfrentando, cuáles ya ha logrado resolver y cuáles aún no ha conseguido.

Pasando al enfoque estructural de Salvador Minuchin (1982), éste se focaliza en la estructura y la organización familiar. Esto es, la forma específica que adopta un sistema familiar. Minuchin identifica dimensiones estructurales, tal forma que una hipótesis estructural incluiría un análisis y una descripción del sistema familiar en las dimensiones de Cohesión, Subsistemas, Límites (internos), Permeabilidad (límites externos), Poder y Alineamiento. A estas dimensiones se le puede agregar un mapa estructural y un análisis acerca de los mitos y los mapas de mundo de la familia (Minuchin, 1982).

Por último, el enfoque interaccional concibe a la comunicación como un proceso predominantemente circular que no puede ser comprendido a partir de los individuos sino de la interacción y relaciones que establecen. Entiende que la unidad de análisis ya no es el individuo sino la diada en interacción. Los mensajes dependen del contexto en que se dan y del tipo de relación que establecen los comunicantes. Así, se focaliza en efectos que la conducta comunicativa de alguien tiene sobre el comportamiento de otro y sostiene que la comunicación está regida por reglas. Desde este

esquema, la explicación interaccional podría incluir los siguientes cuatro componentes:

- 1) Descripción de los axiomas de la comunicación y sus patologías en el caso específico (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991).
- 2) Identificación de la secuencia interaccional a partir de la puntuación de la secuencia de hechos.
- 3) Identificación de las soluciones intentadas.
- 4) Explicación del rol del paciente índice como regulador homeostático

Algunas observaciones con respecto al enfoque rogeriano.

De acuerdo a Rogers (Rogers & Kinget, 1967), el desarrollo de los problemas psicológicos es una historia de socialización donde los sujetos comienzan a dejar fuera de su campo fenoménico aquellas experiencias que han sido sancionadas en la interacción con otros por medio de valoraciones condicionales. Cuando niños, los pacientes se dan cuenta que para ganar el amor de sus padres, ellos deben actuar (ellos deben ser) precisamente como sus padres lo desean. Como resultado, desarrollan un yo falso, negando aspectos de ellos mismos que comprometen el amor y la aprobación de sus padres y de otras personas importantes en sus vidas. El resultado es desadaptación psicológica. Cuando las consideraciones de los padres son condicionales más que incondicionales, los niños introyectan las condiciones de valor de sus padres haciéndolas por su cuenta. Las personas perciben con precisión y simbolizan en la conciencia aquellas experiencias y conductas que concuerdan con sus condiciones de valor. En cuanto a las experiencias que contradicen las condiciones de valor, están distorsionadas para que encajen en ellas (es decir, están simbolizadas en la conciencia en forma distorsionada) o tienen una simbolización de negación en la conciencia.

A través de las simbolizaciones de su experiencia, las personas construyen un yo (un concepto propio o vista consciente del yo). Debido a que algunas experiencias tienen simbolización distorsionada o negada, el yo construido es falso (Morris, 2003; Engler, 1988).

Los autores de la visión humanista en general han considerado a la formulación clínica y al diagnóstico psicológico como innecesario e incluso dañino. Sin embargo, autores recientes de las terapias fenomenológicas contemporáneas rechazan menos dichas formulaciones pero tienden a enfatizar formulaciones de las experiencias momento a momento, en desmedro de aquellas que proponen patrones globales que describan al cliente (Eells, 1997; Goldman & Greenberg, 1997), y que deberían desde este enfoque incluir la participación y la experiencia del terapeuta en la interacción. El apelar al darse cuenta del terapeuta apunta a la capacidad de conciencia del terapeuta tanto del paciente como de sí mismo, no sólo de forma intelectual, sino que

a través de percatarse del presente de la interacción, de las propias emociones y las del paciente, del propio cuerpo y del cuerpo del paciente. El reconocer a ese sujeto como singular es una experiencia única, irrepetible, a la cual el (la) terapeuta debe abrirse con una completa capacidad de tener y ofrecer una presencia real.

Esa experiencia de conocimiento, que se va construyendo con el (la) paciente una vez que se ha afianzado la relación terapéutica, es susceptible de ser descrita. Aún cuando hay formas de experiencia sentida que son previas a la simbolización, la interacción diádica está cargada de significados terapéuticos: el intercambio de pago por servicio, la expectativa cultural de excelencia, los diagnósticos psiquiátricos, la psicometría, son todo ellos ejemplos de que la clínica es un entorno simbolizado y simbolizante, donde el clínico que se relaciona con una persona que requiere una aproximación sistemática a su padecer, realiza un proceso de inferencia causal, más o menos estructurada, que le permite intervenir de una forma diferencial.

Un clínico serio sabe que existen ciertas patologías o “formas de estar en el mundo” que son singulares y que requieren formas de intervención ajustadas a ese padecer particular. Un esfuerzo interesante en este sentido es el que desarrollan Winkler y Chacón (1991), quienes señalan el trabajo de Kalawski, el concepto de mapa psicológico, como un buen camino para desarrollar formulaciones desde el enfoque humanista. El mapa estaría compuesto de cuatro preguntas: ¿quién es el (la) paciente?, ¿qué le pasa?, ¿cómo es él? y ¿qué hacer?:

a) ¿Quién es el (la) paciente? Contempla una descripción de características de la persona que permiten ubicarla en categoría sociales y una descripción de características externas peculiares. Se añaden algunos aspectos psicológicos básicos de la interacción con el (la) terapeuta. Ej. Tímido.

b) ¿Qué le pasa? Considera una descripción del problema de la persona junto con una consideración del marco de referencia desde donde esto se evalúa como problema. Se incluye lo que tradicionalmente se considera como motivo de consulta, con un análisis de las circunstancias en que se presenta y de la interacción del problema con otros aspectos de la vida del cliente. Se incluye además una consideración acerca de lo que sería esperable para esa persona y que no está ocurriendo. Ej. las tareas evolutivas.

c) ¿Cómo es la persona? Se procura entender acá de qué manera la persona se representa a sí misma y a los aspectos relevantes de su mundo. La pregunta central acá es ¿cómo percibo yo que la persona percibe?

d) ¿Qué hacer? Se trata de implementar un plan de acción incluyendo ciertas estrategias y técnicas para ayudar a la persona a determinar los caminos alternativos que puede tomar, considerando las dificultades que le pueda traer hacer uso de alguno de ellos. Acá se consideran tanto los recursos y necesidades del terapeuta, como los del paciente.

Aplicación del esquema de la formulación clínica a un caso clínico.

Para ejemplificar la aplicación práctica de la estructura de la formulación clínica se desarrollará muy brevemente un caso clínico, identificando los elementos nucleares que podrían ser insumo para una formulación clínica desde los enfoques revisados hasta aquí. No es la intención generar las formulaciones con todos los elementos teóricos posibles en los cuatro modelos, sino más bien ilustrar la aplicación de la metodología descrita anteriormente.

Con fines expositivos se han resumido algunos elementos, manteniendo algunas verbalizaciones originales expresadas por el paciente. La idea es que sirva de base para el trabajo que los terapeutas de los diversos enfoques puedan realizar sobre ella, entendiendo que la profundización en la información para su construcción depende de la habilidad del (de la) terapeuta para guiar la anamnesis.

El caso de Flavio.

A su consulta particular llega Flavio, de 30 años de edad, propietario de un centro de fotocopiado en Talcahuano. Se presenta muy ansioso pero muy cortés, diciéndole que hace mucho tiempo que esperaba esta entrevista y que “ahora no sabe como empezar”.

Luego de muchos rodeos, relata que ha venido por una serie de problemas que ha tenido con su actual esposa en el “ámbito sexual”. Con mucha vergüenza relata que “dura muy poco tiempo al tener relaciones...que termina casi junto con la penetración”. Dice que de los 5 años que lleva casado, tiene este problema hace aproximadamente dos. Su esposa, Constanza, de 32 años, profesora de matemáticas, está muy afectada por esta situación.

Tuvo otras pololas antes del matrimonio, y nunca antes había sufrido este problema. Dice que no lo puede conversar con nadie, ya que no tiene hermanos y con su padre no tiene mucha confianza pues “siempre se preocupa mucho por todo, padece de depresión...es muy frágil”. Relata que éste siempre ha sido una persona “dependiente e insegura, que nunca superó la muerte de su madre, hace ya más de dos años”.

Con respecto a su propia relación con su madre, dice que era “muy regalón de ella, casi sobreprotegido”, pero que nunca le gustó lo mal que trataba a su papá. La describe como una mujer segura de sí misma y muy atractiva. Cuenta que se siente un poco culpable de no haberle dado a su madre la satisfacción de tener un título antes que ella muriera.

Flavio se describe a sí mismo como “un poco inseguro pero porfiado, que siempre trata de solucionar solo sus problemas”. Cuenta, sin embargo, que no ha podido solucionar el suyo, a pesar de que constantemente se intenta demostrar a sí mismo que “esta vez sí que va a durar más”. Al no poder cumplir su objetivo, se frustra, terminando a

menudo discutiendo violentamente con su esposa acerca de otras cosas, como las diferencias educacionales, de las que, según Flavio, Constanza a veces se jacta.

Análisis, conclusiones y recomendaciones.

La formulación clínica o formulación de caso es una herramienta de trabajo clínico. Facilita la comprensión de los procesos centrales presentes en la experiencia del paciente, o bien, permite articular explicaciones acerca de la conducta de éste alrededor de ciertos temas centrales. Durante la formación de psicólogos y terapeutas, es una excelente estrategia pedagógica en al menos dos momentos de la formación. La primera, para ejemplificar la aplicación de las teorías de la personalidad en la comprensión del comportamiento de un individuo. La segunda, como parte de la formación de los psicólogos clínicos.

La formulación de caso es una herramienta de trabajo que se puede y se debe ocupar una vez que el contacto se ha establecido y que la alianza de trabajo se ha consolidado. La enseñanza de esto, es uno de los aspectos que más le ha costado al autor del presente trabajo transmitir a los estudiantes que utilizan la formulación clínica por primera vez. Es básico que la relación terapéutica, y en particular, una relación terapéutica clara, son la condición de posibilidad de una buena formulación clínica.

Se supone que la formulación clínica debe facilitar la comprensión del caso, y no entorpecerla. Por lo tanto, una primera pregunta que se debe hacer el clínico, una vez que tiene la formulación clínica en sus manos, es si ésta refleja la experiencia que ha tenido con su paciente. Es decir, si su paciente “está” ahí. Si en esa formulación realmente están contenidas las experiencias que él tuvo con ese paciente.

Aún cuando un relato no puede reemplazar la experiencia viva y palpante de la presencia, sí puede tener la capacidad de articular temas nucleares, captar las recurrencias en los temas de la vida de un paciente, agrupar, como dice Bergner (1998), los eventos recurrentes de la vida del paciente en ciertas “partes esenciales”. Una vez que el (la) terapeuta ha utilizado y ha puesto por escrito su formulación clínica, es imprescindible verificar si lo que ahí está puesto corresponde a la vivencia que el terapeuta tuvo del paciente en la sesión. Muchos terapeutas, debido a un exceso de intelectualismo o a una falta de conocimientos o de insight personal, “fuerzan” el caso para que se ajuste a la formulación que han elaborado.

Bergner (1998) señala algunas otras precauciones y limitaciones, que merecen un comentario aparte.

En primer lugar, destaca la idea de que la formulación clínica eficaz debe ser capaz de proveer lineamientos generales para la intervención clínica. Si no es capaz de hacerlo, debe ser revisada y reformulada. Asimismo, debe tenerse siempre presente que es tentativa y que, por lo tanto, debe

estar abierta a revisiones a partir del nuevo material clínico que vaya surgiendo durante la terapia.

Tanto esta capacidad de reformulación, como la competencia de utilizar las formulaciones de caso o formulaciones clínicas en la práctica clínica, debe ser llevada a cabo por psicoterapeutas dispuestos a perfeccionarse continuamente.

Otro elemento destacado por Bergner es el hecho de que no siempre las formulaciones clínicas en torno a un solo tema central son posibles de realizar. En pacientes multiproblemáticos, en determinadas familias, en algunos casos más crónicos, el encontrar uno o dos temas centrales muchas veces es muy dificultoso.

Por último, destacar que el mismo material clínico, en psicoterapeutas distintos, puede generar formulaciones clínicas completamente diferentes. Esto se debe por una parte al reconocimiento de que los distintos enfoques en psicología (con los correspondientes marcos epistemológicos) destacan elementos muy diferentes, generando explicaciones distintas para los mismos fenómenos, y por otra, al hecho de que los terapeutas también tienen sus propias cegueras epistémicas, sus escotomas, sus puntos ciegos. Se ha demostrado, por ejemplo, que las modalidades de terapia, el nivel de experiencia de los terapeutas y experticia, y la interacción, predice diferencias en las formulaciones de caso y en las preconcepciones de éste (Eells & Lombardt, 2003).

Esto se relaciona con la formación personal del terapeuta, pero también alude al reconocimiento de una condición general de incertidumbre epistémica que debe ser tolerada tanto por los psicoterapeutas (Nuttall, 2002) como por los científicos sociales en general a partir de la asunción del perspectivismo (González, 2002).

Otros aspectos tienen que ver con el momento en que el (la) paciente llega a consultar, ya que no siempre llega en el estado del impasse o la crisis. Esto se ve claramente en pacientes que llegan bajo coerción, contra su voluntad, pero también en pacientes cuya forma habitual de funcionamiento aún no le dificulta la adaptación, siendo funcional.

En los casos en que de hecho no se sabe si se tiene paciente, la formulación pierde todo su valor de estimular la intervención ya que... ¡quizás no es necesaria una intervención!. Aquí, otras modalidades de tratamiento alternativas que realzan más la perspectiva interaccional o ciertas miradas más psiquiátricas pueden ser más útiles (Hirsch & Rosarios, 1987; Othmer & Othmer, 1996). Para ellas, desde su óptica, podrían generarse formulaciones clínicas.

En particular, en relación a las formulaciones clínicas desde un enfoque fenomenológico (pero que se aplican a muchos enfoques), vuelven a aparecer como figura algunas previsiones y problemas relacionados con el hecho de que la formulación clínica no sustituye al encuentro y al proceso terapéutico:

1. Un terapeuta que se autointerrompe y que no es capaz de establecer un contacto completo y real, no será capaz de hacer formulaciones clínicas que realmente describan la experiencia del paciente y que integren los elementos relevantes de su vida en una explicación coherente. Para el autor del presente artículo, ha sido un redescubrimiento interesante el percatarse que los asuntos no resueltos de los terapeutas, con sus correspondientes evitaciones y “transferencias”, pueden ser proyectadas incluso a textos tan estructurados como una formulación clínica. Estos procesos involucran, entonces, también a quién enseña la lógica de las formulaciones y a quién supervisa. Un segundo tema es el de la coherencia interna. Los elementos de la anamnesis y las resistencias deben ser coherentes. Cuando no es así, generalmente el (la) terapeuta estará proyectando aspectos no asumidos de él mismo en el caso y en la formulación misma.

2. Un terapeuta sin una formación clínica adecuada no será capaz de integrar elementos diagnósticos y psicopatológicos de una forma prudente y responsable en su formulación, y tenderá a ver a todos los pacientes como “neuróticos”.

3. La formulación clínica funciona de forma adecuada sólo si se tiene una buena anamnesis o al menos una cantidad importante de antecedentes biográficos del paciente. A pesar de que la historia de interrupciones del paciente se refleja en cada uno de sus gestos y evitaciones, la única forma de sistematizar esta información para generar formulaciones más robustas, que sustenten cambios de más largo plazo, es con una cantidad adecuada de información acerca del paciente.

Un autor que está intentando generar formulaciones clínicas desde un enfoque experiencial es Greenberg (Goldman & Greenberg, 1997). Dentro de los múltiples aportes que este autor hace, uno que llama la atención es el hacer investigación en conceptos y técnicas que tradicionalmente se habían mantenido como dogmas de ciertos enfoques, sin haber sido probados en su efectividad. El poder llegar a hacer eso con las formulaciones clínicas, proveerá de herramientas conceptuales para la práctica clínica, basadas en el conocimiento empírico.


Referencias

- Ben-Aron, M. & McCormick, W. (1980) The teaching of formulation. Facts and deficiencies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 163-166.
- Bergner, R. (2003) Characteristics of optimal clinical case formulations: the linchpin concept. *American Journal of Psychotherapy*, 52, 287-301.
- Bieling, P. & Kuyken, W. (2003) Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 52-69.
- Demicheli, G. (1995). *La Comunicación en Terapia Familiar Sistémica*. Valparaíso: Ed. Universidad de Valparaíso.
- Eells, T. (1997) *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford.

- Eells, T. (2001) Update on psychotherapy case formulation research. *Journal Of Psychotherapy Practice And Research*, 10, 277-281.
- Eells, T., Kendjelic, E. & Lucas, C. (1998) What's in a case formulation?: development and use of a content coding manual. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 144-153.
- Eells T. & Lombardt, K. (2003) Case formulation and treatment concepts among novice, experienced and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research*, 13, 187-204.
- Ellis, A. (1988) . Desarrollando los ABC de la Terapia Racional Emotiva. En Mahoney, M. y Freeman, A. *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Engler, B. (1988) *Introducción a las Teorías de la Personalidad*. México: McGraw-Hill.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación Conductual Hoy: Un Enfoque Para el Cambio en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Fleming, J. & Patterson, P. (1993) The teaching of case formulation in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 345-350.
- Gabbard, G. (2006) *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 3° Edición.
- Goldman, R. & Greenberg, L. (1997) Case formulation in process-experiential therapy. En: T. Eells, *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: Guilford.
- González, L. (2002) Perspectivas Autorreferenciales en Ciencias Sociales. *Cinta de Moebio, Revista Electrónica de Epistemología de las Ciencias Sociales, Universidad de Chile*. 14 de septiembre de 2002. Recuperado el 10 de agosto del año 2006 en <http://www.moebio.uchile.cl/14/gonzalez.htm>
- Halgin, R. & Krauss, S. (2003). *Psicología de la anormalidad*. México: McGraw-Hill.
- Hirsch, H & Rosarios, H. (1987) *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales*. Buenos Aires: Nadir.
- Mahoney, M. & Freeman, A. (1988). *Cognición y Psicoterapia*. Paidós, Barcelona.
- Messer, S, & Wolitsky, D. (1997) The tradicional psychoanalytic approach to case formulation. En: T. Eells (ed.) *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona. España: Ed. Gedisa.
- Morris, S. (2003) A Metamodel of Theories of Psychotherapy: A Guide to Their Analysis, Comparison, Integration and Use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 1-18.
- Nuttall, J. (2002) Imperatives and perspectives of psychotherapy integration. *International Journal of Psychotherapy*, 7, 249-264.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- Othmer, E. & Othmer, S. (1996). *DSM-IV: La entrevista clínica*. Barcelona: Masson.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Persons, J., Mooney, K. & Padesky, C. (1995) Interrater reliability of cognitive-behavioral case formulations. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 21-34.
- Persons, J. & Tompkins, M. (1997) Cognitive-Behavioral Case Formulation. En: T. Eells (ed.) *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford.
- Rodhes, S. (1983) Un enfoque de desarrollo del Ciclo de Vida Familiar, *Revista de la Escuela de Trabajo Social* (39), 20-29.
- Rogers, C. & Kinget, G. (1967) *Psicoterapia y Relaciones Humanas*. Madrid: Alfaguara.
- Sarquis, C. (1993). *Introducción al Estudio de la Pareja Humana*. Santiago: Ed. Universidad Católica de Chile.
- Sim, K., Gwee, K. & Bateman, A. (2005) Case formulation in Psychotherapy: revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry*, 29, 289-292.
- Sperry, L. (1989). Integrative case Formulations. What they are and how to write them. *Individual Psychology*, 435, 500-508.
- Sperry, L., Gudeman, J., Blackwell, B. & Faulkner, L. (2000). *Psychiatric Case Formulations*. Washington: APA Editions.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación Humana*. España: Herder.
- Winkler, M. & Chacón, M. (1991). Diagnóstico en el enfoque humanista: una visión crítica. *Terapia Psicológica*, 16, 41-55.

ANEXO

| <i>Estructura de la Formulación del Caso de Flavio, según cuatro modelos.</i> | | | |
|--|---|---|--|
| Enfoque Psicoanalítico | Enfoque Cognitivo/ Conductual Clásico | Enfoque Sistémico Clásico | Enfoque Rogeriano |
| <p>1) Aspectos estructurales de la personalidad:</p> <p>1) Funciones autónomas del ego. El funcionamiento cognitivo de Flavio no se encuentra alterado a pesar de la ansiedad experimentada. Sin embargo durante el encuentro sexual, su yo se ve abrumado por la ansiedad, lo cual lo lleva a una respuesta disfuncional. En términos generales, su funcionamiento yoico, incluyendo pruebas de realidad, está en gran parte intacto.</p> | <p>1) La lista de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escasa duración de la relación sexual. - Dificultad en el control de la eyaculación. - Conflictos en la relación de pareja. | <p><i>Ciclo Vital:</i></p> <p>a) etapa en que se encuentra la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio y Consolidación de la Pareja. <p>b) que tareas del desarrollo está enfrentando</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formar una pareja • Aceptar la idea de tener una familia • Adaptarse a las relaciones con las familias extendidas • Independizarse de la familia de origen • Iniciar la formación de una identidad de pareja • Generar intimidad con su pareja • Adaptarse a los roles y tareas de una casa • Manejo del poder • Patrones de resolución de conflictos. <p>c) cuales ha logrado resolver</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formar una pareja • Aceptar la idea de tener una familia <p>d) cuales aún no ha conseguido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptarse a los roles y tareas de una casa • Iniciar la formación de una identidad de pareja • Generar intimidad con su pareja • Manejo del poder • Patrones de resolución de conflictos. | <p>a) ¿Quién es el (la) paciente?</p> <p>Flavio de 30 años de edad es un hombre casado, que trabaja como microempresario dueño de una fotocopiadora. No tiene título profesional, y está casado con Constanza que es profesora de matemáticas. Se presenta a la consulta como ansioso, cortés, vergonzoso y algo tímido. No obstante llama la atención su disposición de asistir a la consulta a buscar solución a un problema muy íntimo.</p> |
| <p>1) Afectos, impulsos y defensas. Flavio intenta racionalizar los afectos contradictorios que tiene hacia su madre de cariño y hostilidad. Proyecta hostilidad hacia su esposa. En el momento de la muerte de la madre, fallan las defensas que mantienen inconcientes estos conflictos.</p> | <p>2) Creencias centrales. “un hombre no debe permitirse señales de debilidad ni de descontrol” “los hombres somos dominados por la excitación sexual y tenemos escaso control sobre ella y sobre nosotros mismos”(atribuciones externas)</p> | <p><i>Enfoque estructural:</i></p> <p>a) Cohesión: Existe una baja cohesión en el matrimonio.</p> <p>b) Subsistemas Aquí el subsistema conyugal aparece deteriorándose paulatinamente en términos de complementariedad, intimidad, comunicación.</p> <p>c) Límites (internos) Da la impresión por la baja diferenciación (Bowen) y por la sensación de invasión recíproca de los espacios, que los límites fueran difusos.</p> | <p>b) ¿Qué le pasa?</p> <p>Está muy angustiado por su desempeño en el área sexual, y por las subsecuentes recriminaciones e insatisfacción que su esposa le comunica a propósito de él. Hace dos años que el problema se manifiesta, estando casado hace 5. El momento de aparición, coincide temporalmente con la muerte de la madre.</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | <p>d) Permeabilidad (límites externos) Existen límites difusos con el ambiente</p> <p>e) Poder El poder se concentra principalmente en Ximena.</p> <p>f) Alineamiento. No se detectan en el caso.</p> <p>g) Mapa estructural</p> <p style="text-align: center;">Eo  Ea</p> <p>h) Mitos y mapas de mundo Es deber del varón solucionar sus problemas de carácter sexual si estos afectan la satisfacción de la esposa.</p> | <p>Así como experimenta vergüenza hacia el terapeuta y angustia hacia su esposa, siente culpa con su madre por no haber obtenido un título profesional.</p> <p>A la edad del paciente, con 5 años de matrimonio de los cuales los tres primeros fueron satisfactorios, sería esperable un mayor bienestar y sintonía con su pareja en el ámbito sexual.</p> |
| <p>2) Funciones relacionadas con los objetos. Experimenta sentimientos contradictorios hacia el objeto materno. Desde las relaciones objetales se puede decir que ha habido un proceso de internalización de la imagen del padre débil y frágil pero también una internalización de una madre agresiva (castratoria, insatisfecha, demandante de algo que el “hombre” no puede hacer”). Por primera vez en esta relación más estable simbólicamente sustituye a la madre por esta nueva mujer generándole una crisis interna. Hay una pérdida de objeto que desempeña, un papel central en que se desencadene el síntoma.</p> | <p>3) Precipitantes y situaciones activantes.</p> <p>Estimulación, excitación preliminar y acto sexual con la esposa.</p> | <p><i>Enfoque interaccional</i></p> <p>1) Descripción de los axiomas de la comunicación y sus patologías Contenido y Relación: Acuerdo en contenido y desacuerdo en relación. Interacción de carácter complementario. Confusión respecto a los niveles: tratar de resolver problemas de relación a nivel de contenido.</p> <p>A nivel de puntuación de secuencia de hechos: Circulo vicioso y profecía que se cumple a sí misma.</p> <p>2) Identificación de la secuencia interaccional a partir de la puntuación de la secuencia de hechos. Constanza dice: Yo me molesto y le exijo por que el no me satisface. Flavio: Yo me pongo ansioso por que ella me exige.</p> <p>3) Identificación de las soluciones intentadas. Tratar de controlar los síntomas. Mientras más trata de controlar el síntoma más aparece y los intentos de solución fracasan.</p> <p>4) Explicación del rol del paciente índice como regulador homeostático</p> | <p>c) ¿Cómo es la persona?</p> <p>Flavio se percibe a si mismo con una contradicción importante. Por una parte se autodescribe como un poco inseguro, y se presenta como vergonzoso y culpógeno. También es este extremo de su polaridad, se encontrarían los aspectos de su relación con su madre que conciernen a ser “regalón de ella y casi sobreprotegido”. Sin embargo, también relata “ser porfiado y tratar de salir solo de sus problemas”. Este intento por ser independiente es coherente con otros aspectos de la visión de si mismo como son su trabajo de forma independiente y sus críticas a la excesiva pasividad de su padre y descalificaciones de su madre hacia él. Este sería el otro extremo de su polaridad.</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | El síntoma de Flavio, es un indicador y un regulador dentro de una relación que no se ha consolidado aún en términos de intimidad, sentimientos de igualdad de valor, diferenciación, etc. | |
| 4) Funciones relacionadas con el self. El sentido de si mismo de Flavio es coherente y bastante estable, pero también bastante negativo, ya que está sujeto a fuertes sentimientos de vergüenza acerca de su funcionamiento sexual y eventualmente acerca de las diferencias educacionales con su esposa. Probablemente, producto de esta vergüenza, suprime parte de sus propios deseos y aspiraciones. Por todo esto él no sería una persona individual completamente. | 4) Hipótesis de trabajo. Los encuentros sexuales con la esposa, en particular la excitación previa a la penetración, activan las creencias irracionales en torno al propio desempeño y a la falta de control sobre la eyaculación. La ansiedad provocada por las creencias señaladas, gatilla la eyaculación. | | d) ¿Qué hacer? Gran parte del problema se mantiene por el hecho de que reniega de sus aspectos más frágiles, percibiéndolos distorsionados y profundamente amenazadores. Desde ahí lucha contra ellos. Desde una perspectiva humanista la sanación tiene que ver más que con la lucha contra los aspectos que no calzan con el yo real, con su integración, de tal forma que pierdan su poder amenazante. |
| II) Aspectos dinámicos de la personalidad. Un conflicto central para Flavio, mayormente inconsciente, son los sentimientos contradictorios que experimenta hacia su madre (de sentirse querido por ella y a la vez experimentar hostilidad por el trato hacia su padre) y hacia su padre, al quererlo pero al mismo tiempo molestarse por su excesiva pasividad. De aquí deriva la confusión mental y la tensión interna. Existe además una reedición del estilo de relación de la familia de origen. Existe además culpa u melancolía en la identificación con el objeto perdido. Hay una relación entre la muerte de la madre y la aparición del síntoma (2 años) Está transfiriendo a la esposa el no “satisfacerla”, tal como no satisfizo a su madre al darle el título antes que muriera. | 5) Orígenes. Flavio aprendió por modelado de su padre y madre, una percepción de sí mismo desvalorizada, con poco control de sí mismo, pusilánime. Probablemente estas creencias han sido reforzadas, así como el propio desempeño castigado en las experiencias vividas. | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>III) Antecedentes evolutivos. Hay elementos edípicos que pueden ser inconscientes interfiriendo con la realización satisfactoria del acto sexual. Un motivo para que Flavio sienta ansiedad durante el acto sexual puede ser culpa edípica que requiere que él deba fallar en orden de no superar a su padre.</p> | <p>5) El plan de tratamiento. Objetivo 1 : Aumentar la expectativa de control sobre la eyaculación. Técnica: Diálogo socrático. Objetivo 2: Aumentar en un 50% el tiempo de duración de la relación sexual sin eyaculación. Técnica: Técnica de Semans. Objetivo 3: Aumentar el autoreporte de satisfacción en la relación sexual. Técnica: Diálogo socrático, técnica de Semans. Objetivo 4: Mejorar la calidad de la comunicación en la relación. Técnica: Entrenamiento en habilidades de comunicación y de resolución de problemas</p> | | |
| <p>IV) Aspectos adaptativos: fortalezas y debilidades. A pesar de todas sus dificultades, Flavio es muy inteligente, tiene habilidades en el ámbito de los negocios y la gestión lo que le ha permitido desempeñarse laboralmente de forma exitosa. Esto habla de sus habilidades adolescentes de auto preservación. Siente amor por su esposa. Sus defensas son lo suficientemente flexibles ya que puede acceder a sentimientos sin sentirse abrumados por ellos. Él también se ve capaz de confiar en el (la) entrevistador (a) y de formar los comienzos de una relación terapéutica.</p> | <p>6) Obstáculos predichos para el tratamiento. Dificultades que puede presentar Flavio y/o su pareja para abordar la problemática de carácter sexual.</p> | | |